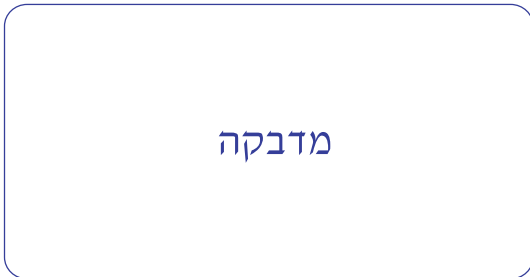


טופס הסכמה לניתוח צניחת עפעף/עפעפיים

Upper eyelid / eyelids ptosis repair



שיפור במנח עפעף עליון באופן חד צדדי, או דו צדדי להשגת שיפור בשדה הראייה העליון ו/או הפחתת העדר סימטריה לעפעף השני.

הניתוח יתבצע בגישה קדמית דרך חתך קפל עפעף עם או ללא הסרת עודף עור/שריר אורביקולריס/שומן פרה אפנוניורטוי, על ידי קידום או פליקציה או קיצור של שריר הלבטור [Lavator muscle/aponeurosis advancement / plication / resection], או בגישה אחורית על ידי הסרה של רקמת לחמית / שריר המולר / טרוזס

Muller muscle conjunctival resection / fassanella servat procedure עם או ללא שימוש ב-ptosis clamp - puttermann clamp.

הניתוח יבוצע: עין ימין עין שמאל
צורת ההרדמה המלווה פעולה זאת ללא הרדמה כללית אזורית מקומית

שם המטופל: _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____ ת.ז. _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מפרופ' ד"ר: _____ שם המשפחה _____ שם פרטי _____

תאריך _____ שעה _____ חתימת המטופל _____

על הצורך בביצוע תיקון צניחת עפעף Upper eyelid צניחת עפעפיים Upper eyelids ptosis repair. (להלן "הניתוח העיקרי").

כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות, לטיפול במצבי, כגון: שימוש במשקפיים עם תומכן לעפעף, הימנעות מניתוח.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי הוסברו לי תופעות הלוואי, לרבות: דימום מקומי, פגיעה בעין או בראייה, החמרה של יובש קיים בעיניים או הופעה של יובש חדש בעיניים, תיקון ביתר (רטרקציה של עפעף) או תיקון בחסר (צניחה שארית של עפעף), הופעה או החמרה של צניחה בעפעף השני (בניתוח חד צדדי), חוסר יכולת לסגירה מלאה של העיניים (לגופתלמוס), אסימטריה בין שני העפעפיים, הפרעות בצורת העפעף (deformity contour) עפעף תלוי במבט כלפי מטה (lid lag) ניצור (פיסטולה) בעובי מלא של עפעף, צלקת נראית לעין - מעובה אדומה בולטת או רגישה, בצקת ממושכת בעפעפיים, במקרים נדירים נזק לעפעף אשר יחייב שחזור מאוחר של העפעף או ניתוחים נוספים. כן יתכן, שינוי בגוון העור סביב העיניים. יתכן אודם בעיניים, ארוזיה בקרנית עד להיווצרות אבצס בקרנית וצלקת תמידית. בנוסף יתכן ויהיה צורך בשינוי ברפרקציה (מספר) לרבות הצורך בהתאמת משקפיים חדשות.

הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך תיקון צניחת עפעף/עפעפיים, יתברר שיש צורך לבצע פעולות טיפוליות לשם ביצוע הניתוח, כגון: מעבר מטכניקה אחת לשניה (מאלה המפורטות למעלה) בשל חוסר תגובה או דימום, עצירת הפעולה בשל דימום שאינו נעצר, שימוש בעדשות מגע להגנה על הקרנית.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: פגיעה בעין או בראייה, החמרה של יובש קיים בעיניים או הופעה של יובש חדש בעיניים, תיקון ביתר (רטרקציה של עפעף) או תיקון בחסר (צניחה שארית של עפעף), הופעה או החמרה של צניחה בעפעף השני (בניתוח חד צדדי), חוסר יכולת לסגירה מלאה של העיניים (לגופתלמוס), אסימטריה בין שני העפעפיים, הפרעות בצורת העפעף (contour deformity), עפעף תלוי במבט כלפי מטה (lid lag), ניצור (פיסטולה) בעובי מלא של עפעף, צלקת נראית לעין - מעובה אדומה בולטת או רגישה, בצקת ממושכת בעפעפיים במקרים נדירים נזק לעפעף אשר יחייב שחזור מאוחר של העפעף או ניתוחים נוספים. כן יתכן שינוי בגוון העור סביב העיניים. יתכן אודם בעיניים ארוזיה בקרנית עד להיווצרות אבצס בקרנית וצלקת תמידית. בנוסף יתכן ויהיה צורך בשינוי ברפרקציה (מספר) לרבות הצורך בהתאמת משקפיים חדשות.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות, שתוך מהלך תיקון צניחת עפעף/עפעפיים יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים שלא ניתן לצפותם מראש לצורך הצלת חיים, או מניעת נזק גופני.

לפיכך, אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות, שלדעת רופאי medica יהיו חיוניות או דרושות במהלך הניתוח העיקרי.

הוסבר לי, שבמידה והפעולה מתבצעת בהרדמה: כללית אזורית חסימה עצבית
ההסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי המרדים.

אם הניתוח לתיקון צניחת עפעף/עפעפיים יבוצע בהרדמה מקומית, הסכמתי ניתנת בזאת, גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקה תוך וורידית של חומרי הרגעה לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית, לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה והסיבוכים האפשריים של שימוש בתרופות הרגעה שעלולות לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה.

אני יודעת/ת ומסכים/ה לכך, שהניתוח לתיקון צניחת עפעף/עפעפיים וכל ההליכים ייעשו על ידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של medica וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת ובכפוף לחוק.

אני נותן/ת בזאת הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

ידוע לי, ומוסכם, כי לא תחול עליכם כל אחריות בגין חפצים, כספים, תכשיטים או כל דברי ערך.
אני מסכים לכך שמידע שמועבר ל-medica (להלן: "המרפאה") על ידי ו/או מתקבל אודותיי מכל מקור אחר, לרבות מידע שנוצר או מופק על ידי המרפאה בקשר עם הטיפול ו/או הניתוח ו/או השירות שמוענק לי (לרבות מידע רפואי, סיכומי טיפול וניתוח, תוצאות בדיקות דימות והדמיה. פרטים אישיים ופרטי התקשרות. אמצעי תשלום ועוד), ירשם וישמר על ידי המרפאה במאגרי המידע שלה, בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 והתקנות שתוקנו מכוחו. מידע כאמור ישמש את המרפאה לצורך עמידה בהוראות כל דין. לרבות וראות חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996 (להלן: חוק זכויות החולה) וכן לצורך ובקשר עם מתן השירות שניתנים לי ע"י המרפאה, ויימסר על ידי המרפאה לצדדים שלישיים (לרבות הרופא המטפל והגורם המבטח) אך ורק לשם המטרות הנ"ל בכפוף להוראות כל דין.

על טופס הסכמה זה ועל כל עניין הקשור והנוגע או הנובע ממנו, לרבות, מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל, פירושו ו/או הפרתו ו/או תוקפו ו/או חוקיותו וכיו"ב יחולו דיני מדינת ישראל.

בחתמתי מטה אני נותן בזאת הסכמה מדעת, כמשמעותה בחוק זכויות החולה. לביצוע הניתוח העיקרי כמפורט בטופס הסכמה זה וכן לכל הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים אשר יהיו דרושים או חיוניים במהלך הניתוח העיקרי כאמור לעיל.

תאריך שעה חתימת החולה

שם האפוטרופוס (קירבה)

חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטיין או חולה נפש)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה /לאפוטרופוס של החולה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא: חתימה: מס' רשיון:

שם המתרגם

קשריו למטופל